

Reflexões da pandemia de COVID-19: a tomada de decisão médica na abordagem terapêutica pós-aborto em dois hospitais públicos do Distrito Federal

Reflections of the COVID-19 pandemic: medical decision-making in the post-abortion therapeutic approach in two public hospitals in the Federal District, Brazil

Reflexiones de la pandemia de COVID-19: toma de decisiones médicas en el abordaje terapéutico postaborto en dos hospitales públicos del Distrito Federal, Brasil

Daiana Maria Santos de Sousa¹

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-7612-1429>

 daiianagcel@gmail.com

Submissão em: 01/05/23

Revisão em: 10/11/23

Aprovação em: 15/11/23

Resumo

Objetivo: identificar possíveis alterações da tomada de decisão médica para esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre no cenário da COVID-19 em dois hospitais públicos do Distrito Federal.

Metodologia: abordagem qualitativa, que usou dois procedimentos metodológicos – documental e entrevistas –, cuja coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2022. No hospital A, coletou-se, em 25 registros consecutivos do livro do centro cirúrgico, a técnica de esvaziamento uterino pós-aborto prevalente em 2020. No hospital B, coletou-se o mesmo dado em 48 prontuários clínicos, 23 de 2019 e 25 de 2020. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com onze profissionais de saúde: três médicos, quatro enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, lotados na obstetrícia/centro cirúrgico de cada hospital. **Resultados:** ambos os hospitais, no recorte temporal do estudo de 2019 a 2020, dispuseram de insumos para a eleição por quaisquer das técnicas de esvaziamento uterino. No hospital A, em 2020, a tomada de decisão médica foi 100% pela aspiração manual intrauterina. Em 2019, no hospital B, a eleição foi 100% pela dilatação e curetagem; em 2020, período da COVID-19, apesar da dilatação e curetagem manter-se prioritária em 78% dos casos, notabilizou redução em relação a 2019. Evidenciou-se, ainda, no hospital B um maior quantitativo de atendimentos e internações de mulheres em processo de pós-aborto, se comparado com o período anterior à COVID-19. **Conclusão:** o fator determinante para a tomada de decisão médica em ambos os hospitais é a aptidão técnica do médico para a abordagem eleita.

Palavras-chave

Aborto Espontâneo. Aborto Induzido. Dilatação e Curetagem. Tomada de Decisões. COVID-19.

Abstract

Objective: to discern potential shifts in medical decision-making regarding the selection of uterine evacuation techniques post-abortion in the first trimester within the context of the COVID-19 scenario at two public hospitals in the Federal District. **Methods:** employing a qualitative approach, the study utilized two methodological procedures - documents and interviews. Data collection occurred between May and June of 2022. At Hospital A, prevalent post-abortion uterine evacuation techniques in 2020 were obtained from 25 consecutive records sourced from the surgical center book. At Hospital B,

¹ Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Mestra em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Mestra em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios, Instituto de Educação Superior de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Professora universitária e advogada.

similar data was collected from 48 clinical records, encompassing 23 from 2019 and 25 from 2020. Semi-structured interviews were conducted with eleven health professionals, including three doctors, four nurses, and four nursing technicians, working in the obstetrics/surgical center of each hospital. **Results:** during the study period (2019 and 2020), both hospitals maintained supplies for adopting various uterine evacuation techniques. In Hospital A in 2020, medical decision-making predominantly favored manual intrauterine aspiration. Conversely, in 2019 at Hospital B, dilation and curettage were the preferred technique in 100% of cases, and despite remaining a priority in 78% of cases in 2020 during the COVID-19 period, there was a noticeable reduction compared to 2019. Hospital B also witnessed a heightened number of consultations and hospitalizations of women in the post-abortion process during the COVID-19 period compared to the pre-pandemic period. **Conclusion:** the pivotal factor influencing medical decision-making in both hospitals is the technical proficiency required for executing the chosen uterine evacuation technique.

Keywords

Abortion, Spontaneous. Abortion, Induced. Dilatation and Curettage. Decision Making. COVID-19.

Resumen

Objetivo: identificar posibles cambios en la toma de decisiones médicas al elegir la técnica de evacuación endouterina después de un aborto en el primer trimestre en el escenario COVID-19 en dos hospitales públicos del Distrito Federal. **Metodología:** enfoque cualitativo, que utilizó dos procedimientos metodológicos, documentos y entrevistas, cuya recolección de datos se realizó entre mayo y junio de 2022. En el hospital A se recogió la técnica de evacuación endouterina postaborto prevalente en el año 2020 en 25 registros consecutivos del libro del centro quirúrgico, en el hospital B se recogieron los mismos datos en 48 historias clínicas, 23 del 2019 y, 25 del año 2020. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a once profesionales de la salud: tres médicos, cuatro enfermeras y cuatro técnicos de enfermería, trabajando en el centro obstetricia/quirúrgico de cada hospital. **Resultados:** ambos hospitales en el período de estudio, 2019 y 2020, contaron con insumos disponibles para elegir cualquiera de las técnicas de evacuación endouterina. En el hospital A, en 2020, la toma de decisiones médicas se basó en la aspiración intrauterina manual. En 2019, en el hospital B, la elección fue del 100% para dilatación y legrado; En 2020, durante el período COVID-19, a pesar de que la dilatación y el legrado siguieron siendo una prioridad en el 78% de los casos, hubo una reducción notable en relación a 2019. En el hospital B, también hubo un mayor número de consultas y hospitalizaciones de mujeres en proceso postaborto, en comparación con el período anterior al COVID-19. **Conclusión:** el factor determinante para la toma de decisiones médicas en ambos hospitales es la capacidad técnica para realizar la técnica elegida.

Palabras clave

Aborto Espontáneo. Aborto Inducido. Dilatación y Legrado Uterino. Toma de Decisiones. COVID-19.

Introdução

A COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (1), levando a um cenário de emergência de saúde pública mundial. Órgãos de saúde pública global articularam inúmeras estratégias para conter a disseminação do vírus objetivando evitar um colapso mundial na saúde. Uma importante medida epidemiológica de enfrentamento à pandemia de COVID-19 em âmbito nacional foi norteadada pela Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020 (2), que determinou, entre outras medidas de enfrentamento, o isolamento social, com restrição excepcional e temporária de locomoção internacional, interestadual e municipal.

Diante das medidas sanitárias e das perspectivas incertas ocasionadas pelo momento pandêmico no campo da saúde, havia o desafio de manter os serviços de assistência à saúde reprodutiva das

mulheres sem descontinuidade, face ao caráter essencial do serviço. A capacidade de prestar os serviços com segurança, aglutinada à recomendação de isolamento social, foi colocada à prova, sobretudo para os casos de pós-aborto, considerando que o aborto é uma intercorrência comum na vida das mulheres.

Estima-se que entre 15 e 20% das gestações confirmadas terminam em aborto espontâneo, a significativa maioria ocorrendo nas primeiras 13 semanas gestacionais (3). De todos os abortos do mundo, 45% são abortos inseguros (4).

O aborto, espontâneo (3) ou induzido de forma não segura (4), gera significância no contexto da saúde pública, pois, em ambos, o processo de aborto pode não se completar, remanescendo restos ovulares no canal uterino que necessitam de intervenção médica para a completa eliminação. A assistência à saúde da mulher em pós-aborto para eliminação dos restos ovulares intrauterinos evita complicações ao seu sistema reprodutor, garante a proteção a seu direito reprodutivo e evita mortes maternas.

A incidência considerável de abortos incompletos, espontâneos ou inseguros, que necessitam de intervenção médica terapêutica para o esvaziamento do canal uterino no pós-aborto de primeiro trimestre, tem a dilatação e curetagem como técnica prioritária – em torno de 95% (5) – na tomada de decisão dos médicos no Brasil, em que pese haver recomendação nacional e internacional de substituição pela técnica de aspiração manual intrauterina.

A dilatação e curetagem (D&C) é um procedimento realizado em centro cirúrgico com uso de anestesia geral, no qual o médico raspa as paredes uterinas com agentes mecânicos ou farmacológicos, extraindo o produto do aborto que não se completou (6), e requer maior tempo de internação hospitalar. A aspiração manual intrauterina (AMIU), com ou sem dilatação do colo uterino com agentes farmacológicos, é a técnica na qual o médico aspira por sucção o conteúdo uterino por meio de uma seringa de vácuo acoplada a cânulas de plástico flexível; tem um curto tempo de duração; há o uso de anestesia local; e é realizado em ambulatório, incidindo, portanto, em precocidade da alta hospitalar (7). O material da AMIU deve ser adquirido pelo Ministério da Saúde e disponibilizado aos hospitais que atendem urgências e emergências obstétricas, já as curetas usadas na D&C é um material reutilizável, disponível no centro cirúrgico.

A D&C e a AMIU são as duas técnicas cirúrgicas usualmente eleitas pelos médicos para a eliminação dos restos ovulares da cavidade uterina nos casos de aborto incompleto. A incidência de 95% de preferência pela técnica de D&C para o esvaziamento uterino, que requer maior tempo de internação hospitalar, se chocou com o contexto pandêmico que pungia por isolamento social. A tomada de decisão médica pela D&C, em detrimento da aspiração manual intrauterina que requer menor tempo de internação, implicaria em submissão das pacientes a um risco epidemiológico e, conseqüentemente, a uma eventual contaminação.

Em meio ao surto pandêmico, que colocou a gestão dos sistemas de saúde à prova em nível mundial, as ações obstativas emergenciais para não propagação do vírus e a capacidade de manutenção de serviços reprodutivos (8), passei a refletir e problematizar no campo dos direitos reprodutivos, especificamente sobre a assistência ao pós-aborto: qual teria sido a tendência para a tomada de decisão médica no pós-aborto com necessidade de conduta terapêutica para eliminação dos restos ovulares em âmbito local?

O objetivo desse estudo, portanto, foi identificar possíveis alterações/transformações da tomada de decisão médica pela técnica de esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre no cenário

da COVID-19 em dois hospitais públicos do Distrito Federal. Justifica-se a pandemia de COVID-19 como recorte temporal dessa reflexão, ancorada em uma díade. Primeiro, a atenção epidemiológica ocasionada pela COVID-19, que recomendou isolamento social e internação médica nos casos estritamente necessários para contenção da propagação do vírus, tensionava-se com a realidade nacional da tomada de decisão médica por D&C, que requer maior tempo de internação hospitalar da paciente e, conseqüentemente, maior tempo de submissão ao risco epidemiológico para a mulher, se estendendo também aos profissionais de saúde. Segundo, embora a pandemia da COVID-19 tenha sido significativamente vista, no contexto das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, como um fenômeno com repercussões quase que unicamente negativas, talvez a pandemia pudesse se traduzir em uma inegociável oportunidade para que a gestão das unidades de saúde colocassem em prática medidas institucionais de adequabilidade para a tomada de decisão médica na assistência pós-aborto de primeiro trimestre passando a eleger a técnica, recomendada como prioritária, atendendo, a um só tempo, à recomendação de isolamento social e à garantia de acesso a cuidados abrangentes em saúde reprodutiva por meio de técnica minimamente invasiva (9).

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa em Ciências Sociais em Saúde, do grande campo da Saúde Coletiva, tendo como cenário de campo dois hospitais públicos, vinculados à Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal, que atendem emergências obstétricas. Em resguardo à confidencialidade e ao sigilo dos dados dos participantes, os hospitais serão nomeados na pesquisa como hospital A e hospital B.

Geograficamente, o hospital A está sediado na parte central de Brasília, que conta com habitantes de maior poder aquisitivo. É uma unidade de referência distrital para saúde da mulher e conta com um pronto-socorro de atendimento 24 horas às urgências e emergências ginecológicas e obstétricas. Para entrada na referida unidade de saúde, o único requisito é o comparecimento espontâneo, assim, a unidade atende mulheres residentes de diversas localidades do Distrito Federal.

O hospital B está localizado em uma das regiões administrativas do Distrito Federal mais afastadas da parte central de Brasília, onde seus habitantes, se comparados com a região central, tem menor poder aquisitivo. Essa unidade de saúde recebe mulheres residentes tanto dessa região administrativa, quanto do Entorno do Distrito Federal, atendendo 24 horas às urgências e emergências ginecológicas e obstétricas.

O estudo utilizou dois procedimentos metodológicos primários. O primeiro foi a coleta de dados em livro de registro de bloco cirúrgico de pacientes que foram atendidas no ano de 2020 em pós-aborto de primeiro trimestre no hospital A. Ressalta-se que o hospital disponibilizou apenas dados de 2020. Realizou-se ainda coleta de dados em prontuários clínicos de mulheres atendidas em processo de pós-aborto e submetidas à abordagem para eliminação de restos ovulares no hospital B, em 2019 e 2020.

Utilizou-se, na coleta de dados, os seguintes critérios de inclusão: pacientes entre 20 e 35 anos de idade, que tivessem passado por um aborto até a 12ª semana gestacional em 2019 ou 2020, e que tenham sido atendidas no hospital A ou hospital B, onde foram submetidas à técnica de esvaziamento uterino.

Os critérios de exclusão dos prontuários clínicos foram: pacientes atendidas no hospital A ou no hospital B em 2019 ou 2020, com idade inferior a 20 e superior a 35 anos; àqueles que tiveram aborto após o primeiro trimestre gestacional; aquelas que sofreram ameaça de aborto não concretizado face à

intervenção terapêutica frutífera. A coleta dos dados em ambos os hospitais ocorreu no período de maio e junho de 2022. Os dados foram inseridos em formulário do programa Excel em ordem consecutiva de entradas no livro de registro do bloco cirúrgico do centro obstétrico do hospital A e nos prontuários clínicos do hospital B, contendo as variáveis de data de atendimento, data de nascimento, idade, idade gestacional e técnica empregada.

Tanto no hospital A como no hospital B foram coletados dados da técnica empregada para o esvaziamento uterino, o número de semanas gestacionais e a data de atendimento. No hospital A, a coleta se deu em 25 registros de pacientes atendidas na unidade de saúde entre 13/01/2020 e 30/12/2020; no hospital B, a coleta de dados foi realizada diretamente em 48 prontuários clínicos de pacientes que receberam assistência médica na unidade de saúde entre 01/01/2019 e 19/01/2019.

Destaca-se que foi solicitada, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para se ter acesso aos prontuários das pacientes, sob o argumento de que o aborto é um processo que desperta inúmeros sentimentos nas pacientes e, por esse motivo, a dispensa do TCLE evitaria que as pacientes revivessem esse processo, o que foi acatado pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPESC).

Como segundo procedimento metodológico, as entrevistas gravadas com base em formulário semiestruturado foram realizadas com onze profissionais de saúde lotados na obstetria/ginecologia, sendo um médico, dois enfermeiros, e dois técnicos de enfermagem lotados no hospital A; e dois médicos, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem lotados no hospital B, com diferentes níveis de qualificação, idade e gênero. O critério de inelegibilidade dos profissionais de saúde foi adotado naqueles que eram lotados em outras unidades do hospital.

A gravação foi iniciada com a apresentação da pesquisa, ressaltando os riscos e benefícios do estudo; a faculdade de desistência da participação a qualquer momento; e a informação clara de adoção de todas as medidas para manter o sigilo dos dados dos participantes, procedendo, ao final, para aqueles que aceitaram participar do estudo a coleta de assinatura do TCLE e do Termo de Cessão de uso da voz.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e categorizadas em dois blocos: 1) perfil sociodemográfico, com as seguintes variáveis: idade, gênero, orientação religiosa, estado civil, categoria profissional, nível de qualificação técnica; 2) questões abertas que se subdividiu em 3 fases: 2.1) pré-análise, consistindo na leitura e organização do material e marcação dos trechos a serem estudados; 2.2) geração de um código para cada entrevistado: idade do profissional, a primeira letra do gênero e um número que indica a ordem em que foi realizada a entrevista, por exemplo, 26M07, além da categorização e classificação do material; por fim, 2.3) o material classificado e codificado foi submetido à análise de conteúdo temático: a interpretação dos resultados foram confrontados pela tendência de temas identificados nas entrevistas (similaridade e diferença), segundo os preceitos definidos por Laurence Bardin (7).

Apesar da autorização pelo CEP da FEPECS, no hospital A não foi possível o acesso aos prontuários – o que, a princípio, se revelou como um limitador do estudo –, parcialmente contornado pelo acesso permitido aos registros dos procedimentos realizados em 2020 no centro cirúrgico obstétrico.

O estudo observou as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nºs 466/2012 e 510/2016, sendo autorizado pelos CEPs da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sob o CAAE nº 54084521.7.0000.0030, e da FEPESC, sob o CAAE

nº 54084521.7.3002.5553. A coleta de dados respeitou o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado dos entrevistados.

Resultados

Documental: prontuários clínicos do hospital A e hospital B

A análise dos 25 registros consecutivos do livro do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A revelou a tomada de decisão médica para a completa eliminação dos restos ovulares foi em 100% dos casos pela técnica de AMIU. A coleta de dados em 25 prontuários clínicos entre 02/01/2019 e 19/04/2019 no hospital B, revelou a tomada de decisão médica para o esvaziamento da cavidade uterina pós-aborto de primeiro trimestre em 100% dos casos pela D&C.

A análise de dados dos 23 prontuários clínicos das pacientes atendidas no hospital B, entre 01/01/2020 e 04/05/2020, revelou a tomada de decisão médica pela técnica de D&C figurando como prioritária em 78% dos casos.

Entrevistas: profissionais de saúde

Do perfil dos entrevistados

A faixa etária dos onze profissionais de saúde entrevistados revelou que dois tinham idade entre 20 e 30 anos; seis deles, entre 31 e 40 anos; dois deles, entre 41 e 50 anos; e, por fim, um estava situado na faixa etária entre 51 e 60 anos.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico: faixa etária dos participantes

Entre 20 e 30 anos	Entre 31 e 40 anos	Entre 41 e 50 anos	Entre 51 e 60 anos
2	6	2	1

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao gênero, os entrevistados se declararam massivamente do gênero feminino, sendo dez mulheres e um homem, revelando que o cuidado na assistência pós-aborto nos dois hospitais está atrelado amplamente às mulheres.

Quadro 2. Perfil sociodemográfico: gênero dos entrevistados

Feminino	Masculino
10	1

Fonte: elaborado pela autora.

O perfil que apresentou maior diversidade foi aquele relativo à religião, no qual, quatro profissionais de saúde se autodeclararam católicos; um se declarou espírita; quatro se declararam evangélicos/cristãos e, dois deles se declararam sem religião.

Quadro 3. Perfil sociodemográfico: orientação religiosa

Católica	Espírita	Evangélica/cristão	Sem religião
4	1	4	2

Fonte: elaborado pela autora.

Do conteúdo das entrevistas

A entrevista com os profissionais de saúde focou em três pontos centrais para alcançar o objetivo do estudo; o primeiro, se havia disponibilidade do insumo AMIU para que o médico pudesse optar entre a técnica de abordagem terapêutica de D&C ou AMIU; segundo, qual era a percepção desses profissionais quanto à predominância da técnica de esvaziamento do canal uterino; e, terceiro, a percepção dos profissionais de saúde quanto à eventual alteração impulsionada pelos efeitos da COVID-19 na tomada de decisão médica para a eleição da técnica de esvaziamento do canal uterino das pacientes.

Sobre a disponibilização dos insumos para a eleição entre a D&C e AMIU, os relatos dos profissionais de saúde de ambos os hospitais revelaram a disponibilidade de insumo para a eleição por AMIU, enfatizando que, por se tratar de unidade que atende urgências e emergências obstétricas, não faltou o insumo mesmo durante o contexto pandêmico:

[...] Tem material também, até que anda tendo material, mas se for fazer todas AMIU vai faltar, então vai ter que ter mais cânula... [...] talvez não teria tantos assim, porque ainda se faz muita cureta, então. (43F01, grifo da autora)

[...] não falta né, idealmente não era para ser esterilizada, né, mas a gente esteriliza e sempre tem aqui. (26M07, grifo da autora)

Não, aqui para gente não, porque nós estamos na emergência. Eu não sei quanto a AMIU semiótica [...] **Esse material é reutilizável né, ele vai para o CME para ser esterilizado.** (49F05, grifo da autora)

Quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre a técnica que prevalece na tomada de decisão médica para o esvaziamento do canal uterino pós-aborto de primeiro trimestre, os profissionais de saúde do hospital A enfatizaram:

No primeiro trimestre, eu não vejo uma indicação clara para cureta, a não ser que a gente não consiga fazer vácuo com a AMIU”. [...]Aspiração manual. [...] e a aspiração é mais prática e para a gente traz mais segurança aspirar do que fazer a cureta também, para ela, também, é melhor aspirar do que curetar [...]. (26M07)

Eu acho não. Faz muito mais AMIU do que cureta [...] Aspiração Manual [...] é melhor aspirar do que curetar. (26M07)

Eles sempre tentam fazer AMIU, entretanto, nem sempre conseguem devido a vários fatores, que eles avaliam [...]. (40F08)

[...] por AMIU, geralmente. (32F11)

No cenário empírico do hospital B, os profissionais de saúde apresentaram uma percepção da tomada de decisão médica divergente daquela encontrada no hospital A, denotando que:

[...] eles fazem mais, eles sentem mais seguros em fazer a curetagem [...] eu continuo afirmando que faz muito mais cureta do que AMIU. (30F04)

[...] Se ela está sangrando muito ela vai direito para cureta” Independente se ale tem alguma ecografia, ou se o médico na hora do exame percebe que era uma gestação, a

mulher já sabia, mas não tem nenhuma ecografia e está sangrando muito, o colo aberto, vai direto [...] já faz a curetagem [...] pela curetagem [...]. (49F05)

Aqui a rotina maior é a curetagem e a aspiração, que é a Aspiração Manual Intrauterina [...], Mas, a gente vê que é bem mais a curetagem. (32F03)

o que a gente vê muito aqui é que nem todos os médicos fazem AMIU, nem todos fazem” [...] a permanência dela aqui dentro é maior, porque não tem médico que faz esse procedimento, aí tem que esperar no outro plantão, para ter um médico que faz a AMIU. (49F05, grifo da autora)

Então a gente sabe que no primeiro trimestre a melhor coisa é o AMIU, é muito melhor para a mulher, só que infelizmente a gente vê que eles fazem muito mais a adoção pela cureta. (32F03, grifo da autora)

Evidenciou-se ainda, do relato de duas médicas lotadas no hospital B, a técnica escolhida para a abordagem terapêutica e a percepção delas quanto à conduta dos outros médicos plantonistas na tomada de decisão:

[...] eu particularmente faço a curetagem uterina, **porque eu não tenho experiência com AMIU**. (53F02, grifo da autora)

AMIU. Porque na minha formação, no hospital que eu fiz residência se utilizou muito AMIU. Então, eu gosto, até porque eu acho mais fácil e menos agressiva para a paciente [...] Primeiro que tenho mais treinamento para AMIU, e porque não precisa muito usar nenhuma dilatação. [...] porque cada um acaba fazendo aquilo que é mais cômodo fazer, o que é mais treinado para aquilo [...] eu vejo aqui que quem elege mesmo é isso... Quem gosta mais de cureta faz cureta, quem mais gosta de AMIU, faz AMIU. (43F01)

Quanto à percepção dos profissionais de saúde do hospital A e B sobre a alteração na tomada de decisão médica em 2020, impulsionada pela pandemia de COVID-19, relataram que:

A pandemia, a meu ver, não influenciou em nada não. (37F06)

Não pelo fator COVID. (40F08)

Nenhuma [...] sem qualquer alteração nesse tipo de emergência. (43F01)

Embora tenham mencionado que não notaram mudanças, duas profissionais de saúde do hospital B, ao serem indagadas sobre a percepção de alteração da tomada de decisão médica no contexto da pandemia, notabilizaram um aumento significativo no atendimento de mulheres em processo de aborto:

Não, eu não vi diferença assim nos critérios de escolha não, **eu acho que aumentou muito o número de abortamento né**, aqui no hospital a gente tem quatro leitos, em tese, que são específicos para pacientes em observação pela ginecologia, que na maioria das vezes são pacientes de abortamento em curso, ou abortamento retido. **Na pandemia a gente começou a ficar com nove, dez, onze pacientes**. (30F04, grifo da autora)

Teve muitos casos, isso a gente percebeu. O tanto que a gente estava lidando, teve superlotação durante o período de isolamento, numa enfermaria que era para ficar três, quatro pacientes, as vezes a gente e encontrava uma enfermaria com seis, o dobro, por causa disso. (32F03, grifo da autora)

Na análise das entrevistas, identifiquei que a abordagem terapêutica pós-aborto até a 12^a semana gestacional no hospital A é prioritariamente a AMIU, sendo essa também a percepção dos profissionais de saúde, técnicos e enfermeiros. Por outro lado, no hospital B, uma médica mencionou que optou pela AMIU na sua tomada de decisão, acrescentando que os demais médicos da unidade não elegem essa técnica pela falta de difusão desse procedimento na unidade. Outra médica mencionou que opta pela D&C. A percepção dos técnicos de enfermagem e enfermeiros dessa unidade é de que os médicos ainda priorizam a D&C, em detrimento à técnica da AMIU.

Discussão

A pandemia de COVID-19 afetou os serviços de saúde, o cotidiano das pessoas, mudou a forma como as pessoas procuravam os serviços e como os profissionais lidavam com os atendimentos (8), recomendando ou não procedimentos que necessitassem de internação hospitalar.

No contexto dos direitos reprodutivos de mulheres em processo de pós-aborto incompleto que chegavam às unidades de saúde no cenário da pandemia de COVID-19, o profissional médico se deparava, de um lado, com a probabilidade de intervenção cirúrgica emergencial para a eliminação dos restos ovulares da cavidade uterina, e de outro, com o um dos principais efeitos que as recomendações sanitárias de salvaguarda enfatizavam, o isolamento social.

Recaiu ao médico a equalização dessas duas forças: uma tomada de decisão que garantisse intervenção assistencial segura e adequada e, ao mesmo tempo, que submetesse a paciente a um risco epidemiológico mínimo, o que requeria permanência reduzida em ambiente onde o vírus circulava fortemente. Conhecer a operacionalização desse cuidado pós-aborto incompleto, no âmbito local, que colidia no cenário da pandemia de COVID-19 com a prática de tomada de decisão nacional prioritária pela D&C, por ter maior tempo de internação, se revela importante aos direitos reprodutivos.

A OMS (4) recomenda a técnica de aspiração manual intrauterina (AMIU) para a tomada de decisão cirúrgica no pós-aborto de primeiro trimestre gestacional, pelo baixo percentual de complicações e tempo de internação hospitalar (9), razões pelas quais a D&C deve ser preterida.

Reforçando a recomendação da OMS, a Portaria n° 1.020 do Ministério da Saúde, de 29 de maio de 2013, instituiu, enquanto atribuição dos serviços hospitalares, “utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o método de aspiração manual intrauterina (AMIU) até a 12^a semana” (9).

As diretrizes internacionais (1) no contexto pandêmico se concentraram na prevenção, na não propagação da infecção viral e na imunização, mantendo, mesmo assim, a essencialidade dos cuidados de saúde materna, seja no parto, aborto ou pós-aborto (8). A essencialidade dos cuidados estava justaposta à necessidade das unidades de saúde de rapidamente reorganizarem suas práticas clínicas para o contexto pandêmico.

As entrevistas revelaram que ambos os hospitais dispunham de insumos para fazer a eleição entre D&C e AMIU. Nem mesmo no período pandêmico o insumo ficou indisponível (8), apesar de toda a reorganização interna das unidades de saúde no Brasil para manter recursos materiais disponíveis para atender à demanda emergencial e o atendimento e cuidado aos direitos reprodutivos.

Os dados analisados revelaram que os médicos do hospital A em 2020 elegeram a AMIU como a técnica prioritária para o esvaziamento uterino de primeiro trimestre gestacional. Já o hospital B, os médicos elegeram a técnica de D&C em 100% dos casos em 2019.

Comparando os dados documentais de 2019 do hospital B – quando 100% dos casos era de D&C –, com os achados de 2020 – quando a tomada de decisão por D&C foi em 78% de casos e de AMIU, em 22% dos casos –, percebeu-se que a AMIU passou a ser eleita como técnica de esvaziamento uterino no contexto da pandemia de COVID-19, ainda que em percentual menor do que a D&C, talvez por ter sido uma pequena alteração que não foi percebida pelos profissionais de saúde do hospital B, e somente revelada nos dados documentais. É nessa perspectiva que a coleta e análise de dados documentais e de entrevistas se complementaram para evidenciar as práticas e rotinas no curso da pandemia.

Os profissionais de saúde também perceberam um aumento no volume de atendimentos de mulheres em processo de pós-aborto no hospital B. Essa evidência pode ter como hipóteses a dificuldade de acesso à contracepção; fechamentos de unidades de saúde multiprofissional de aborto legal (12), o que abre uma via de eleição para abortos inseguros; ou o aumento das gestações que pode resultar em aumentos de abortos espontâneos, frequente intercorrência em período gestacional.

O número maior de atendimentos de mulheres em pós-aborto – o dobro ou triplo da capacidade dos leitos da ginecologia – pode ser também uma hipótese para que os médicos do hospital B passassem a eleger a técnica de AMIU. Isso porque é um procedimento rápido, com menor incidência de complicação, e que permite precocidade da alta hospitalar, conseqüentemente uma redução no volume de internação naquele momento de contingenciamento de pessoas na internação.

Essa tendência de alteração do cenário de priorização pela D&C face à AMIU durante a pandemia de COVID-19 também foi identificada no Hospital da Mulher Prof. J.A. Pinotti, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (8). O hospital, ao comparar a tendência anterior à pandemia de COVID-19, percebeu que a AMIU passou a ser a maioria dos procedimentos de evacuação uterina durante a crise emergencial pandêmica. Não foi revelado pelas entrevistas, tampouco pelos documentos do hospital B, que tenha havido um processo institucional de inserção e difusão da técnica de AMIU.

Conclusão

O problema desse estudo se relacionou com as evidências de estudos anteriores, que indicam a D&C como técnica prioritária para esvaziamento do canal uterino. Metodologicamente, a abordagem foi qualitativa, na qual buscou-se analisar o conteúdo das falas dos onze profissionais de saúde entrevistados em ambos os hospitais a partir da teoria de Laurence Bardin.

O cenário de incidência de abordagens por D&C no hospital B, em detrimento da AMIU, não está ancorada na ausência de insumo que se manteve disponível mesmo na pandemia.

As práticas e usos médicos no hospital A espelham a atenção ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde quanto a preferência da técnica. Já no hospital B, os dados dos prontuários clínicos denotaram que, em 2019, 100% das pacientes em pós-aborto até a 12ª semana gestacional foram submetidas à D&C. Em 2020, esse cenário teve alteração, com um aumento de 22% na tomada de decisão médica pela aspiração manual intrauterina, entretanto, a D&C continuou sendo a preferida pelos médicos em 78% dos casos atendidos nessa unidade de saúde. As entrevistas revelaram que não houve um processo institucional de inserção e difusão da técnica de AMIU em razão do contexto

pandêmico, mas a COVID-19 solapou as práticas de saúde do hospital B, sendo capaz de gerar alterações nas condutas clínicas assistenciais, o que colocou essa unidade de saúde na mesma direção do hospital A, ao eleger a AMIU como técnica preferencial até a 12ª semana gestacional, conforme a recomendação da OMS.

No contexto das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, a COVID-19 se mostrou como um fenômeno com repercussões positivas para a tomada de decisão médica de assistência pós-aborto de primeiro trimestre até a 12ª semana gestacional. Ainda que em pequena medida no hospital B, houve alterações na eleição da técnica para o esvaziamento uterino, com a AMIU passando a ser incluída na tomada de decisão. A alteração da conduta clínica reflete ainda que, de forma indireta ocasionada pelos efeitos da COVID-19, houve o resguardo da assistência médica por uma técnica que impacte minimamente na capacidade reprodutiva da mulher, um direito que deve ser mantido mesmo nos contextos mais adversos.

Conflito de interesses

A autora declara que não há conflito de interesses.

Contribuição da autora

A autora contribuiu com a concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Editoras

Editadora científica: Alves SMC

Editoras convidadas: Gaitan AC, Carneiro RG

Referências

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [citado em 02 nov. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm
3. Oliveira MTS et al. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2020 [citado em 3 maio 2022]; 20(2): p. 361-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
4. World Health Organization. Medical Management of abortion. Geneva: Who, 2022 [citado em 15 maio 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
5. Brasil. Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos casos de abortamento. 2022 [citado em 01 ago. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_avaliao_conduta_abortamento_2ed.pdf
6. Pereira PP et al. Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. Revista da Associação Médica Brasileira [Internet]. 2006 [citado em 23 ago. 2022]; 52(5): p. 304-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500015>
7. Fundação Oswaldo Cruz. Método de Aspiração Manual Intrauterina AMIU: quando e como fazer. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48044/2/AMIU%20quando%20e%20como%20fazer.pdf>
8. Pfitzer A, Lathrop E, Bodenheimer A, RamaRao S, Christofield M, MacDonald P, Arnold B, Bhatnagar N, Mielke E, Mikulich M. Opportunities and Challenges of Delivering Postabortion Care and Postpartum Family Planning During the COVID-19 Pandemic. Glob Health Sci Pract. 2020 Sep 30 [citado em 06 nov. de 2023];8(3):335-343. PMID: 33008851; PMCID: PMC7541126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7541126/> doi <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00263>

9. Holanda AAR et al. Tratamento do Abortamento do primeiro trimestre da gestação: Curetagem versus Aspiração Manual a vácuo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – RBGO*. 2003 [citado em 5 maio 2022]; 25(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wXxB3NjdGxQ4Skj9RgHfR9q/?lang=pt&format=pdf>

10. Dantas PBF, Trabach CB, Junqueira AA, Nunes CC, Veiga-Junior NN, Baccaro LF. The Impact of the Covid-19 pandemic on the care of women Experiencing Abortion in a University Hospital in Brazil. *Ver Bras Gineco Obstet* [Internet]. 2023 mar. [citado em 15 maio

2022]; 45(3):113-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1759749>

11. World Health Organization. Medical Management of abortion. Geneva: Who; 2022 [citado em 15 maio 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>

12. Pilecco FB, McCallum CA, Almeida MCC, Alves FJO, Rocha AS, Ortelan N, Gabrielli L, Menezes GMS. Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America. *Cadernos De Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado em 5 maio 2022]; 37(6):e00322320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00322320>

Como citar

Sousa DMS. Reflexões da pandemia de COVID-19: a tomada de decisão médica na abordagem terapêutica pós-aborto em dois hospitais públicos do Distrito Federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2023 out./dez.; 12(4):149-160
<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i4.1026>

Copyright

(c) 2023, Daiana Maria Santos de Sousa.

